

ОБЗОР ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Я проконсультировался (проконсультировалась) с психиатром или практикующей медсестрой _____, который(ая) рекомендовал(а), чтобы я/мой ребенок получал(а) лекарственный(ые) препарат(ы) для лечения симптомов: _____

Вид(ы) назначенных препаратов отмечен(ы) ниже:

Антидепрессанты Анксиолитики Стабилизаторы аффекта Антипсихотики
Другие _____

Лекарственный(ые) препарат(ы)	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Я понимаю, в каких дозах и когда мне следует принимать препарат(ы), а также, что любые изменения в дозировке и частоте приема препарата(ов) в ходе курса лечения будут обсуждаться со мной.

Мне сообщили о том, что возможно развитие ряда побочных эффектов, в том числе:

- Мышечная ригидность/тремор Сонливость Сухость во рту/нечеткость зрения/запор
 Тошнота/изменение аппетита Сексуальные проблемы Проблемы, связанные с беременностью Головокружение
 Взаимодействие с другими препаратами, продуктами питания или изменения состояния здоровья Диабет Увеличение веса
 Другое _____

Я понимаю, что вышеперечисленные побочные эффекты являются частыми, и что возможно возникновение менее распространенных побочных эффектов. Я также понимаю, что должен (должна) незамедлительно сообщить своему психиатру или другому медицинскому сотруднику об изменениях в моем состоянии (например, о появлении головокружения, сильного седативного эффекта, сыпи), беременности и (или) о новых лекарственных препаратах, которые мне могут назначить для лечения других заболеваний.

Я понимаю, что при приеме некоторых нейролептических препаратов возможен такой побочный эффект, как поздняя дискинезия, которая может вызывать непроизвольные движения языка, лица, шеи, конечностей или туловища и которая может продолжаться даже после прекращения приема препарата.

Я понимаю, что решение принимать или не принимать тот или иной препарат остается за мной, но я должен (должна) сначала обсудить любое решение относительно прекращения приема препарата со своим психиатром.

Я понимаю, что мой психиатр считает, что данный препарат пойдет мне на пользу, однако никакие результаты не гарантируются.

Я ПРОЧЕЛ (ПРОЧЛА) ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ МНЕ ПРОЧЛИ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ

ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ БЫЛ ПЕРЕВЕДЕН ДЛЯ МЕНЯ НА _____ ЯЗЫК.

Если переведенная версия настоящего документа была подписана клиентом и (или) ответственным взрослым, то ее необходимо приложить к версии на английском языке.

СВЕДЕНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕСЯ В ДАННОМ ДОКУМЕНТЕ, БЫЛИ МНЕ РАЗЪЯСНЕНЫ, И Я ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИЕМ ПРЕПАРАТА (ПРЕПАРАТОВ) СОГЛАСНО ПРЕДПИСАНИЯМ ВРАЧА.

Подпись: _____ Подпись: _____
(Клиент) (Родитель/законный опекун/попечитель)

Я РАЗЪЯСНИЛ(А) ПРЕИМУЩЕСТВА, ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И РИСК, СВЯЗАННЫЕ С ПРИЕМОМ ВЫШЕНАЗВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ, И ПОЛУЧИЛ(А) ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА/ОТВЕТСТВЕННОГО ВЗРОСЛОГО.

Подпись: _____ Дата: _____
(психиатр или практикующая медсестра и специальность)

Настоящая конфиденциальная информация предоставлена в соответствии с федеральным законодательством и законодательством штата, включая среди прочего соответствующие разделы Кодекса законов о социальном обеспечении и учреждениях социального обеспечения, Гражданского кодекса, а также стандарты конфиденциальности Закона об унификации и учете в области медицинского страхования (HIPAA). Копирование данной информации для дальнейшего распространения запрещено без предварительного письменного согласия клиента/уполномоченного представителя, которому принадлежит данная информация, если иное не предусмотрено законодательством. После выполнения указанной цели первоначального запроса данная информация должна быть уничтожена.

Имя и фамилия: _____ Номер IS: _____
Учреждение: _____ Номер поставщика: _____
Округ Лос-Анджелес — Департамент психического здоровья